

Erklärung von Teilzeitbeschäftigten zum Arbeitszeitkonto

(Personalratsvorlage zur Zustimmung erforderlich)

gemäß § 5 der Dienstvereinbarung über die Regelungen zur Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst für die der Pflegedirektion unterstellten Beschäftigten am Universitätsklinikum Köln

Personalnummer

Name, Vorname

Titel

Klinik/Institut

Vom - Bis

Für Vollzeitbeschäftigte beträgt die höchstmögliche Zeitschuld 15 Stunden, das höchstzulässige Zeitguthaben beträgt 70 Stunden Für Teilzeitbeschäftigte mit einem Beschäftigungsumfang von:

- weniger als 100% , bis zu 75% 80% der Stundengrenzen der Vollzeitbeschäftigte (56 Std.)
- weniger als 75 % , bis zu 50% 60% der Stundengrenzen der Vollzeitbeschäftigte (42 Std.)
- weniger als 50% 40% der Stundengrenzen der Vollzeitbeschäftigte (28 Std.)

Hiermit willige ich in eine Angleichung der Stundenbegrenzungen eines Vollzeitbeschäftigten ein.

Der Ausgleichszeitraum wird vom bis vereinbart.

Erklärung

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- mir aus der Abgabe oder Verweigerung dieser Erklärung keine Vor- oder Nachteile für mein berufliches Fortkommen oder den Bestand des Arbeitsverhältnisses erwachsen
- diese Vereinbarung der Arbeitszeitkommission laut Dienstvereinbarung vorgelegt wird
- ich diese Vereinbarung mit einer Frist von drei Monaten kündigen kann

.....,
 Ort Datum Ort Datum

.....
 Unterschrift – Beschäftigter Unterschrift - Pflegedienstleitung